



TITLE:

<特集論文:医学教育と人類学の協働のかたち>序:なぜいま文化人類学が医学教育に関わるべきなのか

AUTHOR(S):

浜田, 明範

---

CITATION:

浜田, 明範. <特集論文:医学教育と人類学の協働のかたち>序:なぜいま文化人類学が医学教育に関わるべきなのか. コンタクト・ゾーン 2019, 11(2019): 312-319

ISSUE DATE:

2019-08-31

URL:

<http://hdl.handle.net/2433/243986>

RIGHT:

# 序：なぜいま文化人類学が医学教育に関わるべきなのか<sup>1</sup>

浜田明範

## <要旨>

2017年3月31日に公表された平成28年度改訂版の「医学教育モデル・コア・カリキュラム」には、「文化人類学（主に医療人類学）」に関する記述が盛り込まれている。「医学教育モデル・コア・カリキュラム」は、医師をめざす医学部生が卒業までに修得すべき学習内容を定めたもので、これに掲載されている内容は全国すべての医学部において、卒業要件として多かれ少なかれ教育に組み込まれることになる。これを受けて、日本各地の医学部において文化人類学の内容をカリキュラムに取り入れようという動きが起きてきている。医学教育のなかで文化人類学を教える際には、一般教養や文化人類学の専門課程におけるものとは異なる様々な制約と可能性が存在している。そこで、本特集では医学教育モデル・コア・カリキュラムの改訂以前から、医学教育に取り組んできた人類学者の経験と知見を共有することにより、今後、同様の取り組みに参加する者に対する道しるべを築くとともに、文化人類学的な思考や態度のエッセンスについて再検討していく。

キーワード：医学教育，他分野，協働，日本，医療人類学  
HAMADA Akinori 関西大学 ahamada@kansai-u.ac.jp

1 本特集は、2017年12月の京都人類学研究会季節例会シンポジウム「医学部で人類学を教える」を機に企画され、そこでの議論を踏まえて編集されている。

## 1 「医学教育モデル・コア・カリキュラム」改訂の衝撃

近年の日本における医療人類学を取り巻く環境の最も大きな変化として、2017年3月31日に公表された平成28年度改訂版の「医学教育モデル・コア・カリキュラム」に、「文化人類学（主に医療人類学）」に関する記述が盛り込まれたことが挙げられる〔モデル・コア・カリキュラム改訂に関する連絡調整委員会、モデル・コア・カリキュラム改訂に関する専門研究委員会 2017〕。「医学教育モデル・コア・カリキュラム」は、医師をめざす医学部生が卒業までに修得すべき学習内容を定めたもので、これに掲載されている内容は全国すべての医学部において、卒業要件として多かれ少なかれ教育に組み込まれることになる。

具体的には、特に「B-4 医療に関連のある社会科学領域」の「B-4-1) 医師に求められる社会性」という項目において、ねらいと学修目標の2つに分けて文化人類学に関する事項が記述されている。このうち、「ねらい」としては、「文化的社会的文脈のなかで人の心と社会の仕組みを理解するための基礎的な知識と考え方及びリベラルアーツを学ぶ。臨床実践に行動科学・社会科学の知見を生かすことができるよう、健康・病い・医療に関する文化人類学・社会学（主に医療人類学・医療社会学）の視点・方法・理論について、理解を深める」ことが挙げられており、「学修目標」としては下記の14項目が挙げられている。

- ①医療人類学や医療社会学等の行動科学・社会科学の基本的な視点・方法・理論を概説できる。
- ②病気・健康・医療・死をめぐる文化的な多様性を説明できる。
- ③自身が所属する文化を相対化することができる。
- ④人々の暮らしの現場において病気・健康がどのようにとらえられているかを説明できる。
- ⑤人の言動の意味をその人の人生史や社会関係の文脈の中で説明することができる。
- ⑥文化・ジェンダーと医療の関係を考えることができる。
- ⑦国際保健・医療協力の現場における文化的な摩擦について、文脈に応じた課題を設定して、解決案を提案できる。
- ⑧社会をシステムとして捉えることができる。
- ⑨病人役割を概説できる。
- ⑩対人サービスの困難（バーンアウトリスク）を概説できる。
- ⑪経済的側面や制度的側面をふまえた上で、医療現場の実践を評価できる。
- ⑫在宅療養と入院または施設入所との関係について総合的な考察ができる。
- ⑬多職種の医療・保健・福祉専門職、患者・利用者、その家族、地域の人々など、様々な立場の人が違った視点から医療現場に関わっていることを理解する。
- ⑭具体的な臨床事例に文化・社会的課題を見いだすことができる。

これらの学修目標には、文化人類学だけでなく社会学の内容も組み込まれており、これ

が必要十分なものであるかどうかについては、読者の方々にはそれぞれにご意見があることだろう。しかし、重要なことは、これが「医学教育モデル・コア・カリキュラム」という、これまで文化人類学とはほとんど無縁であると考えられてきた文書に書き込まれているということであり、この学修目標を達成するために、日本全国の医学部から個々の文化人類学者に協力要請がある可能性が出てきているという事実である。

また、「G-4-3) 地域医療実習」の項目にも、「人類学・社会学・心理学・哲学・教育学等と連携し、行動科学・社会科学的（主に質的）な視点から地域における生活の中での医療を知り体験する学習機会を作る」とされており、ここでも人文系の学問分野の筆頭に人類学の名前が挙げられて医学教育が連携すべき分野とされており、医学教育学における文化人類学への期待を読み取ることができる。

しかしながら、改めて、B-4-1) に挙げられている学修目標の14項目を確認してみると、そこで要求されている内容の幅広さと高度さに驚かされる。筆者のように、医学部ではなく文系の学部で教鞭をとっている場合であっても、文化人類学専門のコースが設けられていない場合には、自分が関わってきたすべての卒業生が必ずしも上記の学修目標を容易に達成できると確信できるわけではないだろう。筆者は、これらの項目が日本全国の医学生が最低限学ぶべきであるとされていることに、ある種の衝撃と危機感を覚えずにはいられなかった。これは、何も筆者だけが感じていることではないはずだ。

## 2 医学教育の特徴（のごく一部）

このような状況の変化を受けて、日本文化人類学会としても、2017年度に北陸先端科学技術大学院大学の伊藤泰信を委員長とする「医療者向け人類学教育連携委員会」を理事会のもとに組織し、対応を協議・実施してきている。また、2014年度から日本文化人類学会内に組織された課題研究懇談会「医療人類学教育の検討」（代表世話人：浜田明範）や、2015年度より国立民族学博物館で実施されている共同研究「医療者向け医療人類学教育の検討——保健医療福祉専門職との協働」（代表：飯田淳子）でも、医学教育における文化人類学教育の実施例に関する経験の共有と、今後のあり方についての検討が進められてきている。本特集に収められている論文は、これらの活動と多かれ少なかれ関連したものである。

詳細は、医学部における教育に長年にわたって携わってきた道信良子と星野晋が本特集に寄稿している論文を確認してもらいたいが、医学教育のなかで文化人類学を教える際には、例えば文学部や社会学部において文化人類学を教える際には遭遇しないような困難に出会うことになる。その代表的なものとして、医学部における教育には国家試験に合格するという明確な目標があることが挙げられる。学生は（そしておそらくは教員の多くも）、この国家試験に合格するという目的に最適化しようとするために、それと関わりが薄い（と考えられる）文化人類学については、関心を抱きづらいという状況がある。

あるいは、医学部のカリキュラムは必ずしも1コマ90分15回（もしくは、1コマ90分8回×2）を基本に組まれていないという点にも留意する必要がある。このことは、こ

れまで例えば文学部や社会学部などで、あるいは1年生向けの教養科目として、文化人類学者が提供してきた授業をそのまま医学部に持ち込めば事足りるわけではないということを意味している。

更には、医学部における教育カリキュラムは先述の医学教育モデル・コア・カリキュラムの改訂以前よりすでにとても過密なものになっており、また、文化人類学や社会学が新規に盛り込まれたことよりも、重大なことで受け止められている改訂項目もあるため、限られた時間のなかで、より柔軟な形でより実践的な内容を教授できる準備を整えておく必要がある。その際、文化人類学者が教えたいことを教えるのではなく、医師が診療を行っていく際に必要となることが何なのかを慎重に見極めたうえで、医療者側のニーズと文化人類学者の主張のバランスを適切に取っていくことも求められる。

最後に、医学教育は、必ずしも医学生に対して行われる卒前教育に限定されるものではなく、大学を卒業し医師免許をすでに取得している者に対する卒後教育も重要視されている。先述の懇談会等の活動からは、医学部における卒前教育よりも例えば本特集にも寄稿している飯田淳子と錦織宏がプライマリケア連合学会等で継続的に取り組んできた卒後教育の方が、文化人類学が好意的に受け入れられやすい傾向もあるという見通しも出てきている。一方で、「医学教育モデル・コア・カリキュラム」の改訂を受けて、卒前教育と卒後教育をどのように関連づけながら医学教育にコミットしていくのかも重要な課題となってきた。

このような特徴を持つ医学教育のなかで、文化人類学をどのように伝えていくことができるのか。そうすることで、文化人類学が医学教育にどのような貢献をすることができるのか。全国の医学部で文化人類学に関する教育が取り入れられる可能性が出てきている現在、これらの問いを悠長に検討していく余裕はそれほど残されていない。むしろ、早急に、これまでの知見や経験を、ひとりでも多くの文化人類学者がアクセス可能な形で共有しておく必要がある。本特集が、いま、企画された理由はここにある。

### 3 人類学に対する貢献可能性

とはいえ、いま、文化人類学者が医学教育にどのような貢献をするかを考えるだけでは、文化人類学を専門とする雑誌に特集を組む理由としては充分とは言えないだろう。もう少し直接的な表現をするならば、文化人類学の貢献可能性や応用可能性のみを追求する取り組みは、逆説的なことに、それらの可能性を拡大することはできないと筆者は考えている。そのような取り組みは、結局のところ、大多数の文化人類学者の関心を引くことはできないからだ。また、現在医学教育に関わっている文化人類学者もやがて燃え尽きたり、単純に飽きたりすることがないとも言い切れない。重要なのは、医学教育に携わることが、個々の文化人類学者にどのような知的興奮をもたらしうるのかを明確にすることであり、文化人類学という学問分野全体にどのような知的貢献をすることが可能なのかを検討することである。

幸いなことに、近年の文化人類学では、教育するという実践が持つ知的ポテンシャル



に改めて注目が集まってきている。日本では、この点について、「応答の人類学」の一連の研究会や本誌の第9巻における特集〔南出 2017a, 2017b; 大西 2017; 飯島 2017〕などで議論がなされてきている。また、「人類学の原則は教育の原則である」〔Ingold 2018: x〕とまで述べるティム・インゴルドの一連の研究〔インゴルド 2018; Ingold 2018〕やジェイムズ・スコットの「人間の生産」についての議論〔スコット 2017〕からも、学ぶべきことは多いだろう。この際、インゴルドが、芸術や建築や考古学やデザインといった他分野と「ともにある」ことによって、多くの着想を得てきたことも見逃すことはできない。ならば、医学教育と「ともにある」ことによって文化人類学は何を学ぶことができるのだろうか。残念ながら、この方向性についてはまだまだ検討が始まったばかりであり、本特集で何か最終的な回答を提示するところまでは至っていない。しかしながら、本特集に収められた論考からは、医学教育に携わってきた文化人類学者が、この点についても検討を重ねてきたことが読み取れるだろう。

この点に関して思い起こされるのは、人類学者の仕事の性質について、医療人類学でなされてきた議論である。2014年に西アフリカでエボラ・ウイルス病が流行した際、イギリスの文化人類学者が中心となって Ebola Response Anthropology Platform というウェブサイトが立ち上げられたことがあった (<http://www.ebola-anthropology.net/>)。このウェブサイトの特徴は、エボラ対策に関する社会文化的・政治的側面についての質問を行うと、72時間以内に人類学者がメールで回答するという（文化人類学者には珍しい）即応性にある〔杉田 2015〕。もちろん、文化人類学者であれば、このような取り組みの負の側面にも目を向けざるを得ない。すなわち、応用的な実践に付き物とも言える、文化の物象化・単純化をよしとするかどうか、求められる即応性にどれだけ対処できるか、批判性を保つことができるかといったジレンマの存在である。

これに関して、2015年9月にイギリスのサセックス大学で開催された医療人類学の国際会議 MAGic 2015 の全体講演において、サセックス大学のメリッサ・リーチが提唱していた、人類学の仕事には「フェイズ」があるという発想は興味深い〔Leach 2015〕。彼女によると、何らかの危機に対して即応できる準備と人道主義的な介入に対する批判的な態度の矛盾は時間性を導入することで解決可能であり、初期段階においては人類学を道具として動員することが重要であり、時が経ち状況が好転するとともに反省的な視点の重要性が高まっていくという。このような「フェイズ」によって果たすべき役割を変えるべきだという議論は、医学教育との関係性を考える際にも有益な視点であるように思われる。

もちろん、西アフリカにおけるエボラ・ウイルス病の流行と日本における医学教育モデル・コア・カリキュラム改訂への対応では、目的も緊急度も、文化人類学がこれまでになしてきた貢献の量も大きく異なっている。両者を単純に比較することはできない。しかし、文化人類学者の取り組みにフェイズを設定し、それぞれのフェイズに適した行為は異なっているという点は、医学教育に対する文化人類学の関わり方にも適用可能だろう。

現段階では、まだ、文化人類学者は十分に医学教育側の期待に応えられていないかもしれないし、もしかしたら期待を喚起するところまでも到達していないかもしれない。この

意味で、文化人類学にはまだまだできることが残されている、即応すべきフェイズにある。他方で、今後のことを考えるならば、医学教育と関わりながら文化人類学的な洞察をより深めていくフェイズの到来が徐々に迫ってきていると言えよう。

#### 4 特集の構成

本特集は、星野晋、道信良子、倉田誠、浜田明範、飯田淳子と錦織宏の手による5本の論文によって構成されている。このうち、道信、星野、倉田は文化人類学者として、錦織は医学教育学者として、日本の大学における医学部に所属し、医学部教育に参加してきた。また、飯田は医学部に所属しているわけではないものの、コメディカルを養成する学部にも所属し、医学部におけるリベラルアーツ教育にも携わってきた。浜田は、他の著者たちと比べると医学教育に携わった経験は圧倒的に少ないものの、2014年以降、医学教育と関わりながら、より実質的な貢献をしてきた本特集に寄稿している他の著者たちに伴走してきた。このように、著者たちは、それぞれに異なる立場で異なる取り組みを行ってきており、また、一口に日本の医学部といっても状況はそれぞれに異なっている。それらの多様な論考を特集という形で一堂に集めることによって、医学教育に対する文化人類学者の貢献の可能性と多様性を感じ取っていただけることを期待している。

山口大学の星野晋の「医療現場のニーズに応える文化人類学教育の設計に向けて」では、まず、日本における医学教育モデル・コア・カリキュラムや医学教育における文化人類学のあり方の歴史が振り返られ、今日の医学教育における文化人類学の位置づけが確認される。そのうえで、星野は、医学教育において提供すべき文化人類学教育の形は、コア・カリキュラムにリストアップされた項目から発想するのではなく現実の臨床の現場から発想すべきであることや、医学教育の現場に多職種協働を実現していく必要があることを指摘している。星野の筆致は、まさにこの分野の先駆者の証言と呼べるものであり、医学教育のなかに文化人類学を導入するための苦闘の歴史の記述ともなっている。同時に、コア・カリキュラムに掲載された項目よりも臨床の現場から発想する必要性を提起し、医療専門職と文化人類学者の相互学習の重要性を指摘する星野の論文は、文化人類学と医学教育の双方に対する強い批判性を備えている。

札幌医科大学の道信良子は、「日本の医学教育にグローバルな人類学の知見を導入する」において、自身が医学教育のなかで実践している授業の実践例を詳細に報告している。道信の論文は、本特集に寄稿された論文のなかでは医療人類学の先行研究をもっとも頻繁に参照しており、この事実からも医学生に対して本格的な医療人類学教育がなされていることが窺える。その内容は、健康の定義が文化的に多様であることや健康状態が政治経済的構造に影響を受けていることといった基礎的な視点の提示に留まるのではなく、自然人類学、文化結合症候群、人間の遺伝的・文化的多様性、民族医療、グローバルヘルスといった専門的な内容についても広範にカバーされている。同時に、道信は、医学教育において医療人類学を教育する際には、社会学や倫理学といった隣接分野だけでなく、生物学、物理学、心理学といった理科系の分野や、基礎医学や臨床医学と協働する重要性があ

ることを指摘しており、この点は星野論文の結論とも共鳴している。

東京医科大学の倉田誠の「臨床医学との出会い——「臨床倫理カンファレンス」を用いた文化人類学教育の試み」では、医学教育が目的合理性に基づいて行われているのにも関わらず、実際の医療現場ではそれとは異なる価値合理性の問題に医療者は直面せざるを得ないことが指摘される。そのうえで、価値合理性の問題に切り込む際の文化人類学の有用性が、臨床倫理カンファレンスにおける文化人類学者の貢献可能性を通じて示される。倉田は、更に、この臨床倫理カンファレンスを臨床医学教育に導入する取り組みについても詳細に説明している。とりわけ、5「臨床医学教育への「臨床倫理カンファレンス」の導入」で解説されている倉田の授業実践例は非常に啓発的であり、医学教育の枠を超えて文化人類学一般の教育実践に多くの示唆を与えるように思われる。ぜひ一読いただきたい。

関西大学の浜田明範が、「医学教育とともにある人類学に向けて——スコットとインゴルドの助けを借りて」においてまず指摘するのは、文化人類学が医学教育に貢献し続けていこうとするならば、その活動から文化人類学者が何を持ち帰ることができるのかを明確にする必要があるということである。そのうえで、浜田は、既存の文化人類学のツールを用いて医学教育の特徴を分析する「医学教育についての人類学」とも、既存の文化人類学の知見が医学教育にいかに関与できるのかを検討する「医学教育のための人類学」とも異なる、「医学教育とともにある人類学」の必要性を提起する。そのうえで、浜田は、近年の文化人類学における教育論から、開放性と反質量形相論という2つの基準を借り受け、現在行われている医学教育がその基準に照らして文化人類学教育よりも優れていることを指摘し、医学教育から文化人類学が何を学ぶべきなのかについて議論している。

川崎医療福祉大学の飯田淳子と名古屋大学の錦織宏の手による「ともに「もやもや」に向き合う——医療者・人類学者共同の症例検討会」では、医療者と人類学者が合同で実施してきた症例検討会について、これまでの実施状況についての全体像と具体的な実施例についての詳細な記述に基づいて議論される。飯田と錦織の論文は、症例検討会で実践されていることが、多くの文化人類学者が「医療者に対する文化人類学教育」という言葉からイメージするものとは大きく異なっていることを具体的なイメージを伴って示すとともに、そのような取り組みを医療者ではない学生や社会人を対象に実施する可能性を喚起するものとなっている。

以上のように、本特集に寄稿された論考は、対象とする医学教育における実践と、それを位置づけるための理論的枠組みの両方において、大きな多様性をもっている。このことは、それ自体、医学教育における文化人類学の貢献可能性と、文化人類学にとっての医学教育のフィールドとしての豊饒性を示していると言えよう。しかし、この可能性と豊饒性に比べると、本特集で達成できていることはまだまだ充分とはいえない。本特集の企画者としては、今後、文化人類学と医学教育のこれまで以上に多様な取り組みがこれまで以上に豊富に行われることにより、より多くの知見と経験が蓄積されていくことを望まざるを得ない。本特集が、そのための第一歩となれば幸甚である。



<参考文献>

- 飯嶋秀治 2017 「コンタクト・ゾーンとしてのエデュケーション」『コンタクト・ゾーン』9: 398-408。
- インゴルド、ティム 2018(2015) 『ライフ・オブ・ラインズ』 笥菜奈子・島村幸忠・宇佐美達朗訳、フィルムアート社。
- 大西秀之 2017 「調査法としての身体経験——フィールドワーク教育の実践とその可能性」『コンタクト・ゾーン』9: 371-385。
- 杉田映理 2015 「エボラ熱流行への人類学の対応——アメリカとイギリスの人類学者の取り組み」『文化人類学』79(4): 429-432。
- スコット、ジェームズ・C. 2017(2012) 『実践 日々のアナキズム——世界に抗う土着の秩序の作り方』清水展・日下渉・中溝和弥訳、岩波書店。
- 南出和余 2017a 「序——Teaching Anthropology の挑戦——調査と教育と社会の結節点を探る」『コンタクト・ゾーン』9: 367-370。
- 2017b 「映像制作による対話的コミュニケーション——映像・人類学・教育」『コンタクト・ゾーン』9: 386-397。
- モデル・コア・カリキュラム改訂に関する連絡調整委員会、モデル・コア・カリキュラム改訂に関する専門研究委員会 2017 『医学教育モデル・コア・カリキュラム 平成28年度改訂版』文部科学省。

Ingold, Tim 2018 *Anthropology and/as Education*. Abingdon: Routledge.

Leach, Melissa 2015 The Ebola Moment: Mobilising Engaged Anthropology for Global Health. Paper presented in 'MAGic 2015: Anthropology and Global Health: Interrogating Theory, Policy and Practice', University of Sussex, UK, 9-11th September 2015.